

Mod. PAI – RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA/ALLERGIA/INTOLLERANZA

**Al
Servizio di Ristorazione Scolastica del
Comune di Udine
Sede**

Anno scolastico _____

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

il ___/___/_____ residente in _____ n° _____

C. F. | |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la Scuola _____ classe ___/___

CHIEDE

che al/la proprio figlio/a più sopra nominato/a vengano somministrati pasti preparati in conformità alla **dieta speciale** di cui all'allegata certificazione medica rilasciata per motivi di salute collegati alla situazione qui di seguito segnalata:

- Allergia**
- Intolleranza alimentare**
- Celiachia**
- Obesità**
- Diabete**
- Favismo**
- Fenilchetonuria**
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico**
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)**
- Altro (specificare)**

Al riguardo allega certificazione medica del _____ (data emissione certificato) e i seguenti (eventuali) altri documenti:

Data

___/___/___

Firma (leggibile)

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome _____

Via _____

Città _____

Tel./Cell. _____

E-mail _____

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003 (art. 13)